

負担限度額認定申請書の記入方法

①から⑧までの順に従ってご記入ください。記入内容に不備があると、再提出をお願いすることがありますので記入もれにご注意ください。

記入例(入所)

① 施設入所又は短期入所（ショート利用）のいずれかに○をつけてください。

② 被保険者の方の各情報を記入してください。

(保険者番号等、不明な場合は空白で結構です)

③ 配偶者の有無のいずれかに○をしてください。

「有」の場合は④へ。「無」の場合は⑤へお進みください。

④ 配偶者情報を記入して下さい。

⑤ 被保険者の方の収入状況について、あてはまるものにチェック(✓)をいれてください。

(不明な場合は空白で結構です)

⑥ 非課税年金の受給の有無について○をしてください。

非課税年金が「受給あり」の方は「年金保険者への届出住所」「受給している年金保険者」もご記入ください。

(不明な場合は空白で結構です)

⑧ 申請者が被保険者以外の場合にご記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書 (入所・短期入所)

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	ニイカワ タロウ	保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲
被保険者氏名	新川 太郎	被保険者番号	▲▲▲▲▲▲▲▲
生年月日	明・大(昭) ▲▲年 ▲月 ▲▲日	個人番号	▲▲▲▲▲▲▲▲
住 所	〒938-0036 黒部市北新199番地	性 別	男・女
(※)入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒938-00▲▲ 黒部市北新▲▲番地 ▲▲ホーム (住所と同じ場合は「同上」と記入)	連絡先	▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲
(※)入所(院)する居室の種別	1. ユニット型個室 2. ユニット型個室の多床室 3. 従来型個室 4. 多床室		
(※)入所(院)年月日	令和 ▲▲年 ▲月 ▲▲日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は記載不要です	
配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。	

フリガナ	ニイカワ ハナコ
氏 名	新川 花子
生年月日	明・大(昭) ▲▲年 ▲月 ▲▲日
住 所	〒938-0036 黒部市北新199番地
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	(該当の方は記入)
課税状況	市町村民税 課税・非課税

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者／市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者にチェックして下さい	
	☐	市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。		☒ 日本年金機構
	☒	市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)		☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済

非課税年金額(遺族年金、障害年金等)に関する申告	受給あり・受給なし	左記において「受給なし」の場合は、「年金保険者への届出住所」については記入不要です。
年金保険者の届出住所	現住所と同じ・その他()	

預貯金に関する申告(夫婦合計)	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり
	預貯金額	▲▲▲▲, ▲▲▲▲円
	有価証券(評価概算額)	円
	その他(現金・負債を含む)	()※

※内容を記入して下さい。

申請者氏名	申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です
申請者住所	連絡先(自宅・勤務地)
	本人との関係

保険者記入欄	
--------	--

⑦ 預貯金等の額について、基準額を下回っている事を確認し、チェック(✓)をいれてください。

また、その金額(ご夫婦の場合は合計額)を記入してください。

※記入した金額が確認できる預貯金通帳等のコピー(口座名義人と口座残高の記載ページ)をすべて添付してください。ご夫婦の場合は2名分必要です。口座残高の記載ページに年金振込の記載がない場合は、年金の振込が確認できるページも合わせて添付してください。

「その他」は、記載した金額以外に所有する現金や負債額を記入してください。負債額がある場合は負債金額がわかる書類(借用証書などの写し)を添付してください。

同意書の記入方法

①から④までの順に従ってご署名をお願いします。
不備があると、再提出をお願いすることがありますのでご注意ください。

同 意 書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 理事長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について照会することに同意します。

また、貴理事長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

①記入日を記入してください。

XX 年 XX 月 XX 日 ←

〈本 人〉

住 所 黒部市北新199

氏 名 新 川 太 郎

②住所及び氏名の記入をお願いします。

〈配偶者〉

住 所 黒部市北新199

氏 名 新 川 花 子

③配偶者がいる場合は、配偶者の方の住所及び氏名の記入をお願いします。

（ 代理者氏名

本人との関係

）

④被保険者以外の方が記入された場合にご記入ください。